

記入日 年 月 日 No.

ふりがな (男・女) 生年月日: S・H・R
氏名: 年 月 日生(歳)

〒 電話番号:
ご住所: 紹介元(病院名等):

- 1.本日の受診について どうなさいましたか?
- 歯が痛い むし歯がある 歯肉が腫れた 詰め物がとれた 頭痛
入れ歯を入れたい 検診をしたい アゴが痛い 口臭が気になる
歯並びを直したい 金属アレルギー 精密根管治療 インプラントの相談
その他()

痛みや症状がある場合、どの部位ですか? 例(右上奥・上の前歯)
()

それはいつからですか?
今日初めて 昨日から 時々 ずっと前から 現在痛みはない

- 2.お口の健康・既往歴について 歯の治療はこわいですか?: 何ともない こわい
- 現在の健康状態は?: 良好 通院中()
心臓疾患 腎臓病 糖尿病 肝臓病
B型肝炎 C型肝炎 血液疾患 高血圧
低血圧 その他()
- 現在服用中の薬は?: ない ある(種類:)
- 薬や食品のアレルギーは?: ない ある(名称:)
- 歯科麻酔や抜歯での異常経験は?: ない ある
- タバコは吸いますか?: 吸わない 吸う(本/日) 以前吸っていた
- (女性の方へ)妊娠していますか?: はい いいえ 可能性がある 授乳中

- 3.食べる機能のご質問 (60歳以上の方へ) ※以下の項目で、当てはまるものにチェックを入れてください。
- 半年前に比べて固いものが食べにくい お茶や汁物等でむせる
口の渴きが気になる(口が粘つく) 口臭が気になる 食べるのが遅くなった
滑舌が悪くなった 頬や舌、唇をかむ 食べこぼしが増えた
食べ物が口の中に残る 食べ物や薬等が飲み込みにくくなった

- 4.治療のご希望・その他 治療に際してのご希望: 痛いところだけ治したい 相談して決めたい
悪いところを全部治したい
- ホワイトニングに興味はありますか?: ある 話を聞きたい ない
- その他ご要望事項: ()

- 5.当院をお知りになった理由をお聞かせください。 家族・知人から評判を聞いて(お名前:)
建物を見て(近くを通過) 看板を見て ホームページを見て SNS
ほかの病院からの紹介 その他()

ご協力ありがとうございました。